

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

533

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 12 Juillet 1901, à 1 heure

Par ROBERT ROUX

Né à Tours (Indre-et-Loire), le 20 décembre 1873.

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Sur un cas de Carcinome cutané

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. TUFFIER, professeur.

GAUCHER et WIDAL, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1801

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue le Vendredi 12 Juillet 1801, à 1 heure

Par ROBERT BOUX

Né à Paris le 12 Janvier 1781, de sa famille

docteur en Médecine de la Faculté de Paris

Après avoir été reçu Docteur le 12 Juillet 1801

Sur un cas de

Gonorrhée cutanée

Président : M. FORTINIER, professeur.

Juge : M. TUPPIER, professeur.

Opposant : M. GACHET, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les divers
points de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15.

1801

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

533

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 12 Juillet 1901, à 1 heure

Par ROBERT ROUX

Né à Tours (Indre-et-Loire), le 20 décembre 1873.

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

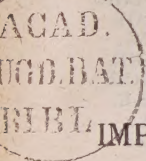
Sur un cas de Carcinome cutané

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. TUFFIER, professeur.

GAUCHER et WIDAL, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

Anatomie.....	MM.	FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		BRISAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		N.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		JACCOUD.
Clinique médicale.....		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU.
		TILLAX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		PINARD.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIS.
ALBAIGRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	HEIM.	REMY.	WALTER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer cette étude, c'est pour nous une grande satisfaction de pouvoir exprimer notre reconnaissance à tous nos maîtres.

Et d'abord, nous adressons l'expression de notre gratitude aux maîtres de l'école de Tours, qui ont guidé nos premiers pas dans l'art de la médecine. Nous tenons à rendre hommage à la mémoire des docteurs Duclos, Hippolyte Thomas et Octave Herpin. MM. les docteurs Danner, Louis Thomas et Meunier ont droit à tout notre reconnaissance.

C'est avec joie que nous pouvons aussi nous dire l'obligé de nos maîtres dans les hôpitaux de Paris.

Nous remercions M. le docteur A. Petit, médecin de la Pitié, qui nous familiarisa avec les maladies du cœur, durant les quelques mois que nous restâmes dans son service.

Merci au docteur Danlos, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui a eu la patience de nous initier aux mala-

dies de la peau pendant une partie de notre première année d'externat.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le professeur Raymond, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière. C'est à son savant enseignement que nous devons d'avoir appris les maladies nerveuses.

M. le docteur Giraudeau, pendant notre deuxième année d'externat, à l'hôpital Tenon, s'est prodigué pour nous dévoiler tous les secrets de la clinique médicale. Nous garderons le souvenir de ses sages conseils et de sa bienveillance.

Merci à MM. les docteurs Duflocq et Florand, médecins des hôpitaux, qui nous ont fait profiter de leur grande expérience.

Nous avons eu le bonheur d'être pendant un an l'externe de M. le professeur agrégé Ricard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis : qu'il reçoive ici nos plus sincères remerciements pour son enseignement et surtout pour le dévouement qu'il nous prodigua en maintes circonstances.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier MM. les docteurs Gasne, ancien chef de clinique du professeur Raymond, Ombredanne et Victor Veau, prosecteurs à la Faculté, Lereboullet, Pédeprade et Rastouil, anciens internes des hôpitaux, qui nous ont donné leurs conseils en véritables amis.

Nous savons bon gré à M. le professeur Pinard des ses cliniques de Baudelocque, qui ont augmenté notre instruction dans l'art des accouchements.

M. le professeur agrégé Thirolaix, médecin des hôpitaux, a été pour nous un maître plein d'indulgence. En plusieurs occasions, il nous témoigna son amitié, son dévouement. Nous avons contracté envers lui une longue dette de profonde reconnaissance.

M. le professeur Fournier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il soit assuré de toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait.

Avant d'entreprendre l'étude qui fait l'objet de ce travail, il est indispensable de rappeler quelle est la structure du revêtement cutané.

HISTOLOGIE NORMALE DE LA PEAU

La peau se compose d'un derme et d'un épiderme.

Le derme est formé comme le tissu conjonctif lâche et dans les mêmes proportions, par des faisceaux de fibrilles conjonctives, par des fibres élastiques, et par des cellules, cellules fixes et cellules migratrices. Ces éléments présentent une cohésion assez intime : il y a peu d'interstices lymphatiques ; les intervalles entre les faisceaux de fibrilles sont remplis par une substance amorphe qui n'a pas subi la fibrillation.

La face supérieure du derme est hérissée de papilles séparées de l'épiderme par une basale ; ces papilles renferment des vaisseaux et les organes terminaux des nerfs de sensibilité. Quant à la face profonde, elle répond au tissu cellulaire sous-cutané.

Dans le derme sont logés les follicules pileux, les glandes sébacées, les glandes sudoripares. Au point de vue embryologique, ce sont les produits d'une différenciation cellulaire au sein de certains bourgeons ectodermiques qui partent de l'épiderme, et plongent plus ou moins profondément dans le derme.

Les follicules pilo-sébacés sont situés plus superficiellement que les glandes sudoripares. La plus grande partie des glandes sébacées s'ouvre dans les follicules pileux. Ce sont des glandes en grappe lobulées, de forme typique. Elles sont composées d'un nombre très inégal de cellules. La première rangée de cellules, en rapport avec la paroi propre ou membrane limitante, est comparable aux cellules génératrices de l'épiderme ; dès la 2^e ou 3^e rangée, les cellules se chargent de granulations graisseuses ; dans les rangées subséquentes, les granulations augmentent, le noyau disparaît ; c'est alors qu'apparaît le sébum.

Les glandes sudoripares sont des glandes en tubes simples. Elles sont situées à la limite de l'hypoderme et au contact des lobules adipeux. Heynold distingue la portion sécrétante et la portion sudorifère. La portion sécrétante est remarquable : elle est constituée par une seule rangée de cellules épithéliales doublée d'éléments allongés auxquels Renaut a donné le nom de cellules myo-épithéliales. Au dessous de celles-ci, existe une vitrée qui sépare la glande du tissu conjonctif lâche voisin.

L'épiderme, dérivé du feuillet externe du blastoderme, se caractérise anatomiquement par ce double

fait qu'il se compose de cellules épithéliales et qu'il ne présente jamais de vaisseaux canaliculés, soit sanguins, soit lymphatiques. Les papilles du derme sont séparées des couches épidermiques par une basale ; au dessus de cette basale, s'étale la couche basilaire ou génératrice de l'épiderme, constituée par une rangée unique de cellules cylindriques ou prismatiques.

Le corps muqueux de Malpighi comprend le stratum germinativum et le stratum filamentosum. C'est dans le stratum germinativum que se passent les phénomènes de multiplication cellulaire par division indirecte. Au dessus de ces deux zones, les cellules pavimenteuses se chargent d'éléidine, en gouttelettes dans le stratum granulosum, en plaques dans le stratum intermedium et le stratum lucidum. Enfin superficiellement s'étalent les lamelles kératinisées du stratum corneum qui se clivent et se détachent au niveau du stratum disjunctum.

Les vaisseaux qui ne vont pas au delà du derme, forment des réseaux très serrés au niveau des papilles. Artères et veines ne communiquent pas directement entre elles, bien que Suquet ait décrit des canaux de dérivation qui seraient en faveur de cette disposition.

Ranvier a étudié l'origine des lymphatiques dans le derme de la peau de la grenouille. Il n'a jamais vu l'injection colorée s'étendre au delà des culs-de-sac fermés qui constituent cette origine.

Il a constaté les mêmes résultats sur l'oreille du rat. Des recherches sur les lymphatiques de la glande

mammaire ont donné des résultats analogues. Sappey, cependant, a vu, en mettant des lambeaux de muqueuse dans un milieu très riche en microbes, des microcoques s'accumuler dans les réseaux lymphatiques et dessiner par leur présence, qui équivaut à une véritable injection, non seulement des capillaires, mais encore des canalicules plus fins qu'il a considérés comme les origines de ces capillaires. Sappey donne à ces canalicules le nom de réseau des capillaires et des lacunes. Les lacunes multipliées à l'infini sont des cavités étoilées que limitent des bords concaves et dont les angles sont le point de départ des capillicules. Tous ces canaux forment un réseau ouvert.

Telles sont les deux manières qui peuvent partager aujourd'hui les histologistes : réseau capillaire clos ou réseau prenant naissance par des lacunes et des capillicules.

Ranvier eut alors recours à l'étude du développement des vaisseaux lymphatiques sur des embryons de porc. Il compare le développement des lymphatiques à celui des glandes et conclut que le système lymphatique peut être considéré comme une immense glande vasculaire ayant son origine embryologique dans le système veineux et déversant dans les veines son produit de sécrétion.

INFECTION CUTANÉE D'ORIGINE VASCULAIRE

Bref, de cette étude, nous pouvons conclure à une circulation fermée : c'est à travers une paroi capillaire que se font les échanges nutritifs ; et cela, au point où le réseau capillaire est le plus riche, c'est-à-dire autour des glandes et au niveau des papilles.

Supposons une infection cutanée de nature quelconque ayant emprunté la voie vasculaire sanguine ou lymphatique. Son siège est bien déterminé : et dans le cas qui nous occupe, infection rétrograde des lymphatiques, la lésion s'étale sous le corps muqueux de Malpighi, dans la région papillaire et d'autre part autour des glandes, follicules pilo-sébacés et glomérules sudoripares. Bien plus, elle marchera avec la circulation du plasma. La paroi endothéliale des capillaires livre passage à un exsudat liquide incessant et à des leucocytes doués de mouvements amiboïdes qui, après diapédèse, comme l'a vu Conheim, passent dans les tissus, servant à la nutrition des tissus

(Ranvier) ou à la phagocytose (Metchnikoff). Une partie du plasma exsudé passe dans l'épiderme. Une portion chargée des produits de la désassimilation rentre probablement en partie dans les veinules. En tous cas la majeure partie se répand dans les lacunes du derme, véritable « éponge lymphatique » suivant l'expression de Renaut, et de là transsude dans les lymphatiques.

Après cette étude anatomique, il pourra sembler séduisant, comme le dit M. Darier (*Pratique dermatologique*), de chercher à classer les affections cutanées d'après le siège anatomique initial ou principal du processus morbide qui les caractérise. Il faut s'empres- ser d'ajouter que, même si la lésion primitive était exactement localisée, la réaction s'étend à plusieurs couches et embrasse souvent le tégument dans toute son épaisseur. De plus, la plupart des dermatoses qu'on y rencontre peuvent être mentionnées à plusieurs des étages que nous avons décrits.

En ce qui concerne les épithéliomes, il est facile de comprendre que leur siège variera, au moins au début, avec leur point de départ. C'est ainsi que l'épithélioma pavimenteux lobulé qui tend à la kératinisation, les cornes cutanées, l'épithélioma pavimenteux tubulé débiteront dans les couches superficielles de la peau ; les épithéliomes adénoïdes, tumeurs bénignes, les épithéliomes d'origine sébacée ou sudoripare débiteront plus profondément ; et le siège de l'épithélioma sébacé sera évidemment plus superficiel

que celui de l'épithélioma sudoripare, lorsque celui-ci, intéressant particulièrement les glomérules, comme dans le cas décrit par M. Darier, se développera au voisinage de l'hypoderme.

Si maintenant nous nous occupons des tumeurs d'origine vasculaire, il est bien évident qu'elles siègeront dans le derme (Nœvo-carcinome, nœvi), et s'il s'agit d'une métastase cutanée d'un carcinome primitif, on en trouvera les foyers au niveau des papilles ou autour des glandes, ainsi qu'il résulte de la disposition anatomique des vaisseaux.

Mais, comme le dit M. Darier : « le point de départ anatomique des épithéliomes, qu'ils se développent aux dépens des bourgeons interpapillaires, des grandes sudoripares ou des follicules pilo-sébacés, ne leur impose ni une forme déterminée ni une marche spéciale. »

HISTORIQUE

D'après Cornil et Ranvier, dans les tumeurs cutanées qu'il constitue, le tissu épithélial affecte diverses formes :

- 1) Il recouvre les papilles : d'où le nom de papillomes ;
- 2) Il se creuse en cavités kystiques : d'où le nom de kystes ;
- 3) Il affecte une disposition glandulaire : ce sont les adénomes ;
- 4) Il se dispose en ilots ou en masses n'ayant pas la forme d'organes définis, tels que les glandes ou le revêtement des papilles : ce sont les épithéliomes proprement dits.

Ce fut Lebert qui, le premier, en 1845, eut une conception nette des adénomes : aussi leur donnait-il le nom d'hypertrophies glandulaires.

Les adénomes de la peau sont développés les uns

aux dépens des glandes sébacées, les autres aux dépens des glandes sudoripares.

Les adénomes des glandes sébacées ont été signalés par Broca sous le nom de polyadénomes sébacés. Les seules descriptions histologiques sont celle de Balzer, Ménétrier et Grandhomme.

La première mention des adénomes sudoripares date de 1849; elle est due à Führer. Quelques années après, Verneuil décrivait trois formes d'hypertrophie des glandes sudoripares: une hypertrophie kystique, une hypertrophie générale et une hypertrophie avec infiltration de cellules d'épiderme. Cette dernière constitue la forme la plus fréquente et est considérée aujourd'hui comme un épithélioma tubulé. Quant aux deux autres types, on peut en rapprocher les observations que Jacquet et Darier ont intitulées hydradénomes éruptifs, l'observation que Jacquet a dénommée épithéliome adénoïde. Jacquet et Toroch admettent la nature congénitale de l'affection et pensent qu'il s'agit de tumeurs épithéliales développées aux dépens de débris épithéliaux.

Au fond, la classe des adénomes cutanés se réduit de plus en plus et tend à se confondre avec les épithéliomes d'origine ectodermique.

Les adénomes se distinguent des épithéliomes par la régularité des formations épithéliales, leur ressemblance avec les glandes normales; ce sont des tumeurs bénignes n'ayant aucune tendance à envahir le système lymphatique et à se généraliser. Et ceci, ajouté à leurs caractères anatomiques et cliniques, les dis-

tingue de l'épithéliome et du carcinome, tumeurs à parenté étroite, toutes deux d'origine épithéliale.

L'origine épithéliale du cancroïde ou épithéliome de la peau a été affirmée dès 1852 par Hannover. Thiersch, en 1865, établit d'une façon définitive l'origine épithéliale des cancroïdes : on voit au niveau d'un espace interpapillaire des bourgeons épithéliaux partir du corps muqueux de Malpighi et s'enfoncer dans le derme.

L'origine épithéliale du cancer proprement dit ou carcinome ne s'est pas établie sans quelques tâtonnements.

Lebert, Broca, Follin croyaient aux blastèmes cancéreux et considéraient le cancer comme un type de tumeur hétéromorphe.

Virchow, dont la théorie se retrouve enseignée dans l'histologie pathologique de Cornil et Ranvier, édition de 1881, avança que le contenu des alvéoles comme leurs parois provenaient des cellules du tissu conjonctif.

Entre temps, Cornil donnait le nom de tumeurs épithéliales à des tumeurs où il avait constaté une hypergénèse de cellules épithéliales ; mais plus tard, il se ralliait à la théorie de Virchow.

Thiersch et Waldeyer démontrèrent l'origine épithéliale du cancer en expliquant que les tumeurs décrites sous le nom de carcinomes alvéolaires ne sont que des épithéliomes diffus.

Les épithéliomes pavimenteux stratifiés, décrits

aussi sous le nom de cancroïdes, présentent deux types : les épithéliomes pavimenteux lobulés, dans lesquels les cellules subissent une évolution semblable à celle de l'épiderme, et les épithéliomes pavimenteux tubulés, où l'évolution cornée est absente.

Le développement le plus habituel des épithéliomes pavimenteux résulte d'un bourgeonnement des cellules du corps muqueux de Malpighi au niveau du fond d'un espace interpapillaire (Thiersch). Les follicules pilo-sébacés et les glandes sudoripares sont envahis par le processus morbide secondairement.

D'ailleurs, follicules pilo-sébacés et glandes sudoripares peuvent donner lieu au développement primitif de l'épithéliome. Cependant les observations en sont rares.

A côté des épithéliomes de la peau, il faut étudier les carcinomes qui s'en rapprochent par une origine épithéliale commune, comme on l'a vu plus haut. Le carcinome est une tumeur dont le stroma fibreux délimite des alvéoles communiquant entre eux et renfermant les cellules cancéreuses. En réalité, ce qui constitue le carcinome, c'est la diffusion des cellules épithéliales en voie d'accroissement monstrueux.

Les cellules cancéreuses ne sont que juxtaposées. En se servant du pinceau, suivant la méthode de His, on peut facilement chasser les cellules épithéliales du stroma. Celui-ci se montre alors sous formes de travées conjonctives, circonscrivant des espaces ovalaires en communication les uns avec les autres et rappelant la structure du tissu caverneux.

On a décrit au niveau de la peau des *nœvo-carcinomes*. Ce sont des tumeurs malignes dont le point de départ est dans les cellules épithélioïdes d'un *nœvus*. Ces cellules ont été considérées comme cellules conjonctives modifiées, comme cellules endothéliales. D'après Unna, ce seraient de véritables cellules épithéliales malpighiennes détachées des bourgeons interpapillaires au moment de la constitution de la difformité. Cette conception de Unna a été vivement combattue ; cependant elle rend bien compte des caractères spéciaux des *nœvo-carcinomes*, tumeurs très fréquemment mélaniques, dont il est impossible de dire si elles sont sarcomes ou épithéliomes.

La tumeur de la peau n'est pas toujours primitive. On peut assister à une métastase cutanée du *carcinome* primitif d'un autre organe.

M. Dubreuilh a observé un cas de *carcinose* cutanée aiguë ; la malade atteinte également de *thrombose* des sinus de la dure-mère, mourut ; on put faire l'autopsie et celle-ci révéla une lésion cachée : un cancer latent de l'utérus. Celui-ci se généralisa aux viscères, aux ganglions, à la peau — comparable à ces suppurations cachées qui s'accompagnent d'abcès multiples. En outre, Dubreuilh observa chez cette même malade la calcification des capsules surrénales, l'hydro-néphrose, la thrombose du tissu longitudinal supérieur et le ramollissement hémorragique du cerveau.

Chambard examina une tumeur qui lui fut remise par Trélat. Trélat avait observé un malade âgé de

78 ans, qui portait depuis son enfance au niveau de la neuvième vertèbre dorsale une tumeur sessile aplatie, d'une longueur de 75 millimètres, de consistance molle, ayant tous les caractères d'un fibrome molluscoïde. Cette tumeur se mit à grossir ; en 8 mois elle prit un développement rapide, s'ulcéra. M. Trélat lui reconnaissant un caractère malin l'extirpa, bien qu'elle ne déterminât aucune douleur et que les ganglions correspondants ne parussent pas malades ; la surface ulcérée était le siège d'un léger suintement sanguin.

Cette tumeur histologiquement était formée d'alvéoles, séparées par des mailles d'un réticulum lamelliforme. Ces alvéoles se réunissent en lobules que limitent des travées conjonctives plus ou moins épaisses, mais souvent fort minces ; enfin les lobules sont groupés en lobes, entre lesquels sont interposées des travées fibreuses d'une épaisseur généralement plus considérable. Le revêtement épidermique, qui manque au niveau des surfaces ulcérées de la tumeur, présente dans les autres points les lésions de nature irritative qui n'ont rien de spécial et qui se rencontrent au voisinage et à la surface de la plupart des altérations du derme cutané, M. Chambard conclut en disant :

1° La tumeur observée est constituée essentiellement par des cavités divisées par un réticulum en alvéoles, qui renferment des cellules épithéloïdes ; elle doit être classée parmi les tumeurs du genre carcinome, et en représente la variété dite carcinome réticulé.

2° Elle paraît indépendante du revêtement épidermique, et l'est certainement des glandes cutanées.

Elle ne saurait donc, au point de vue de son origine, être regardée ni comme un épithéliome, ni même comme un épithéliome carcinomateux. Elle s'est au contraire développée dans les lacunes du tissu conjonctif, à la manière du carcinome, tel que le conçoivent Virchow et MM. Cornil et Ranvier.

3° Autour de la tumeur et à une certaine distance existe une zone que l'on pourrait nommer zone d'accroissement et cliniquement zone dangereuse, caractérisée par la présence de cellules isolées et disséminées dans les espaces conjonctifs, et sur laquelle il importe au point de vue pratique, d'appeler l'attention du chirurgien.

Quelle que soit l'interprétation que l'on puisse faire de ce cas, il paraît bien évident qu'il est distinct de celui de M. W. Dubreuilh, distinct aussi du cas que nous allons exposer et qui fait l'objet de ce travail.



OBSERVATION CLINIQUE

M^{me} K..., rentière, âgée de 71 ans, est atteinte d'une véritable éruption de petites tumeurs de volume variable, siégeant principalement autour de l'oreille gauche.

D'après sa relation, elle constate, il y a cinq ans environ, sous le lobule de l'oreille, la présence « d'un petit bouton » rouge, non douloureux, que ne guérissent ni les pansements ni les pommades multiples, auxquels elle a recours. Peu à peu ce bouton augmente. Il prend le volume d'une noix, s'ulcère et saigne abondamment. A ce moment apparaissent au niveau de l'angle de la mâchoire des ganglions assez douloureux, formant d'après la malade une grosse tumeur. Mais l'ulcération est apparue assez longtemps après le début de l'affection, dont la marche paraît avoir été plutôt lente.

Quoique non douloureuse, cette ulcération finit par inquiéter la malade à cause des saignements répétés qu'elle occasionne. Sur le conseil de son médecin, elle se rend à Saint-Louis. Elle est admise dans un service de chirurgie en octobre 1899. Là on hésite d'abord à intervenir ; finalement on l'opère au mois de décembre de la même année ; la plaie se cicatrise bien. La tumeur ganglionnaire disparaît. Au bout de quinze jours la malade était guérie.

Cependant trois mois après, en mars 1900, sur-

viennent au niveau même de la cicatrice, plusieurs « boutons » ayant le même aspect que celui du début. La malade revient à l'hôpital. Elle est reçue dans un service de médecine où nous avons pu l'observer. A cette époque voici ce que l'on observe. Autour de l'oreille s'étalent plusieurs saillies d'un volume variant de celui d'un grain de mil à celui d'un pois ; les plus grosses sont ovalaires, légèrement amincies et portent à leur sommet une petite tache jaune. Pas d'ulcération. L'intervention chirurgicale ayant été considérée comme inutile, on lui prescrit un traitement anodin qui peut être suivi chez elle. La malade sort de l'hôpital. Mais comme elle ne voit aucune amélioration, elle revient consulter en janvier 1901.

Les petites tumeurs ont augmenté de nombre et de volume. Elles s'étendent devant le tragus, dans le sillon préauriculaire, le long de l'hélix, sous le lobule de l'oreille, dans le sillon rétro-auriculaire, au niveau des insertions supérieures du sterno cléido-mastoïdien. Quelques-unes descendent même plus bas, jusqu'au tiers supérieur du cou ; l'oreille est respectée. On voit le vestige d'une cicatrice placée un peu au dessous de l'oreille. Cette cicatrice paraissait saine le premier jour où elle fut examinée. Aujourd'hui elle présente quelques petites tumeurs.

Elles ne sont pas toutes dans le même état ; les plus grosses sont recouvertes de croûtes jaunâtres qui masquent une surface exulcérée, limitée par l'épiderme aminci et sécrétant un liquide séreux. Quelques éléments plus petits forment de véritables bouquets et

parmi eux on distingue à la loupe de petits points opaques comme des grains de milium ou légèrement nacrés. Toutes sont indolentes, assez souples, non indurées, lisses, douces au toucher, mobiles sur les plans profonds. On ne sent pas de ganglions dans la gouttière parotidienne ni dans le creux sous-maxillaire. Toutefois sur la saillie de l'apophyse mastoïdienne, le doigt peut faire rouler un ganglion petit, dur, non douloureux.

Il y a encore un fait à signaler, la malade se plaint d'épiphora, la paupière inférieure tombe sur la joue, il y a ectropion de la conjonctive. De plus, les muscles frontaux, les muscles de l'oreille, de la joue semblent paralysés ; la bouche conserve son intégrité fonctionnelle. Ces troubles, suivant la malade, dateraient de l'opération qu'elle a subie. Il semblerait que la plupart des rameaux de la branche temporo-faciale du facial aient été intéressés à leur origine, soit que le bistouri ait eu à libérer une tumeur relativement profonde, soit que ces rameaux nerveux aient déjà été sus-aponévrotiques. La malade se plaint encore d'une dureté excessive de l'ouïe. Mais cette surdité date de 1864. Elle serait survenue à la suite de couches.

L'affection actuelle n'est accompagnée d'aucune gêne. La santé générale du sujet est excellente. La malade aurait cependant présenté de la glycosurie, symptôme qui joint à son obésité, aurait fait penser au diabète. Mais l'examen des urines fait à plusieurs reprises n'a rien décelé. Les urines sont en quantité normale.

Sur la peau on ne voit que quelques nævi. Le cœur, les artères, les poumons paraissent sains. La malade a perdu son mari à la suite de phénomènes paralytiques. Elle a eu une sœur qui aurait présenté au bras une tumeur énorme ayant entraîné sa mort. Son fils marié est en bonne santé.



DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les diagnostics les plus variés ont été portés.

On a cru à des adénomes. Mais la marche elle-même de la maladie, les récidives se sont opposées à cette hypothèse.

Comme la malade prétendait être glycosurique, on a pensé à une affection d'ailleurs très rare : le xanthome des diabétiques que Morris a fait connaître et qui pour Ernest Besnier serait identique au xanthome vulgaire. Mais la lésion bien nettoyée s'en distingue facilement, et on ne peut relever chez la malade aucun stigmate du diabète.

L'aspect éruptif de la maladie a fait songer à une variété de tuberculide. La malade disait tousser chaque hiver. Les tuberculides d'après Bœck de Christiana, affectent en général dans leur distribution une symétrie très accentuée ; caractérisées ordinairement par leur nature éruptive, elles peuvent présenter des aspects variés. On en a décrit sous le nom de folliculites disséminées des parties glabres (Brocq), acnitis et folliculis (Barthélémy), hydradénites suppuratives (Pollitzer, Dubreuilh), acné télangiectoïde (Kaposi), granulome

innommé (Tenneson), toxi-tuberculides papulo-nécrotiques (Hallopeau), folliculitis exulcerans (Lukasiewicz). Toutes ces appellations désignent d'ailleurs la même espèce. L'acné cachecticorum, le lichen scrofulosorum sont hors de cause. Citons encore « certaines variétés de lupus nodulaire éruptif et de lupus tuberculeux en placards multiples » (Darier).

Mais notre malade n'est pas tuberculeuse. Les poumons sont sains. Les ganglions, les séreuses sont indemnes. Bref, on ne relève chez elle aucun stigmate de tuberculose.

On a pu penser à des nœvi fibro-lipomateux, ou à des nœvi épithéliaux. On peut « considérer comme tels les épithéliomes éruptifs bénins et qui répondent aux adénomes sébacés de MM. Balzer et Ménétrier, aux hydradénomes éruptifs ou cystadénomes épithéliaux bénins de M. Besnier », (Tenneson). Mais l'hydradénome s'observe ordinairement chez les sujets jeunes. Ce sont de petits tubercules qui, assez rarement d'ailleurs, vont se localiser sur les paupières, sur la racine du nez et au voisinage des oreilles. Ce sont de petites papules sans trace d'irritation, rosées ou rose jaunâtre. Une fois formées, elles persistent sans s'accroître, sans tendance non plus à la régression spontanée. Or ceci ne répond guère à la description de la tumeur.

Restaient les différentes tumeurs de la peau. Cliniquement, il est difficile de démontrer quelle peut être la nature de l'affection. Le microscope devient utile. L'examen histologique nous donnera la clef du problème.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE (1)

Deux biopsies ont été faites. La première a porté sur une tumeur du volume d'un pois environ. Elle a été choisie à 2 ou 3 cent. de la cicatrice opératoire ; celle-ci est elle-même couverte de tumeurs analogues. Le diagnostic a été fait sur les coupes qui en ont été tirées ; mais par suite d'une lésion surajoutée qui a au début égaré le diagnostic, il ne fut possible d'étudier cette tumeur qu'à un stade déjà très avancé.

Avec le consentement de la malade, on pratiqua une seconde biopsie qui porta sur une saillie très fine détaillée par la loupe. On était alors sûr d'avoir affaire à une tumeur jeune.

A l'œil nu le point malade est assez régulièrement arrondi. Il se distingue bien du tissu sain environnant, mais il fait corps avec lui ; il est difficile de l'en séparer. La tumeur est d'une consistance assez ferme, mais néanmoins elle n'a pas la dureté de certains épithéliomas de la peau. Elle est souple.

La première pièce a été fixée dans l'alcool à 90° ; la deuxième dans le sublimé acétique et un fragment dans l'acide osmique.

(1) M. Ribadeau-Dumas, interne de M. Bécclère, a bien voulu pratiquer les coupes histologiques et les étudier avec nous. Nous le remercions bien vivement des démonstrations qu'il nous a faites, ainsi que de son obligeance.

Incluses au colodion, les coupes ont été colorées au picrocarmin, à l'hématéine éosine, à la thionine.

A un faible grossissement, voici ce que l'on voit : une tumeur assez bien limitée, mais non encapsulée, semble s'insinuer dans le derme ; le siège en est assez superficiel, c'est-à-dire que le maximum des lésions est situé immédiatement au dessous de la couche de Malpighi, à la hauteur des follicules pilosébacés. Mais on trouve encore des points malades dans les couches profondes, jusqu'aux aréoles qui interceptent le tissu adipeux.

La tumeur n'est pas massive. Elle présente une série de noyaux, dont la plupart sont formés de boyaux cellulaires limitant une lumière centrale. Il semblerait donc que l'on ait affaire à une néoplasie glandulaire. Mais les tumeurs cutanées prêtent souvent à erreur, parce qu'à côté de lésions qui sembleraient ressortir aux glandes cutanées, on peut voir en d'autres endroits les altérations typiques d'un épithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques ou d'un épithélioma tubulé. Nous avons vu que bien des épithéliomas décrits comme dépendant des glandes sudoripares ne sont que des épithéliomas tubulés.

Voyons donc comment se sont comportés les différents éléments histologiques de la peau, les néoplasies épithéliales et le stroma dans lequel elles se sont développées.

La ligne épidermique traversée par quelques poils follets se continue assez régulièrement, mais elle présente une voussure au point même où se développe la tumeur. L'épiderme a une disposition particulière.

C'est ainsi que sur les bords de la coupe, son architecture paraît bien normale. Les papilles plus ou moins obliques se

rapprochent de la verticale. Elles ont des dimensions, une épaisseur normale ; normale aussi est l'orientation du poil, du follicule pilo-sébacé.

Mais lorsqu'on se rapproche du point malade qui comme nous l'avons dit se limite assez bien sur les régions saines, la disposition est tout autre. A une certaine distance de ce point, les papilles deviennent obliques en bas, vers les bords de la coupe. Puis cette obliquité s'exagère, les papilles, les follicules s'amincissent et prennent une orientation concentrique à la tumeur. Ils ont été repoussés par la saillie néoplasique qui ne les a pas incorporés dans sa masse ; bien plus au niveau même de la tumeur, il semblerait que l'épiderme ait été déplissé par elle. En ce point on ne voit plus de papilles, l'épiderme est lui-même aminci, et si les cellules épidermiques ne semblent pas altérées, leurs différentes couches dans la zone basale semblent se fusionner les unes dans les autres. C'est probablement par exagération de ce processus que va naître l'ulcération.

En tout cas le système malpighien ne paraît pas prendre part à la tumeur. C'est ce qui ressort des coupes nombreuses qui ont été faites ; jamais on ne le voit réagir autrement que par son aplatissement, phénomène simplement mécanique.

Examinons le derme.

En dehors de la tumeur, les faisceaux du tissu conjonctif sont bien colorés. Entre eux, on voit des cellules plates, quelques cellules migratrices. On voit bien les follicules pilo-sébacés. Les cellules de la racine du poil ont leur ordination habituelle et à quelques follicules est adjoint un follicule plus petit qui donnera un poil de remplacement. Aux follicules pileux sont annexés les grands lobules des glandes sébacées. Ils

sont reconnaissables à leur groupement, aux cellules qui les composent, grandes cellules polyédriques, granuleuses, à noyau central, petit.

On reconnaît les différents faisceaux du derme et les pelotons glomérulaires de la couche hypodermique ; les glandes sudoripares sont normales ; les différents organes qui les composent, cuticules, cellules sécrétantes, cellules musculaires ou mieux myo-épithéliales de Renaut sont intacts. Il importe d'insister sur les caractères normaux du derme et de ses annexes, caractères que l'on retrouve dans les points les plus voisins de la tumeur. Sans doute, les follicules pilo-sébacés sont dérangés dans leur orientation près de la lésion ; sans doute aussi les glandes sudoripares semblent plus ou moins disparaître à son niveau ; mais, sur une coupe, là où les colonies néoplasiques sont très nombreuses, un paquet glomérulaire a complètement échappé au processus morbide. Les organes nobles de la peau paraissent donc intacts.

Mais en poussant plus loin l'examen, on voit de place en place des lacunes sur lesquelles s'appliquent quelquefois une cellule à noyau allongé, entourée de cellules étrangères. Les artères paraissent intactes.

Les amas cellulaires ont des caractères importants : certaines cellules ont un protoplasma volumineux : elles sont cubiques. D'autres au contraire ont un gros noyau, peu de protoplasma. Quelques-unes enfin sont le siège de phénomènes caryo cinétiques et ces figures de division cellulaire sont loin d'être rares.

De pareils détails éclairent déjà le processus qui a présidé à la néoplasie. Plus on se rapproche de la tumeur, plus les

lésions signalées sont manifestes et deviennent plus nombreuses, plus volumineuses.

Le tissu conjonctif prend alors un aspect spécial. En certains points, il se condense, les faisceaux conjonctifs sont plus épais ; ils prennent mieux l'éosine ou le carmin, les cellules interfasciculaires sont rares ; bref, ils forment comme une enceinte formant une barrière assez nette sur les côtés, moins distincte au bas. En outre, du côté de la tumeur, les faisceaux sont doublés d'éléments ayant fortement pris l'hématéine et constitués par une ou plusieurs rangées de cellules à gros noyaux.

En somme il y a là une réaction bien caractérisée du tissu conjonctif. Il a été irrité. Les éléments cellulaires ont proliféré. Telle est la signification des traînées cellulaires en contact avec la tumeur. Puis le tissu jeune s'est organisé et sclérosé.

Tout cela procède de la lutte du tissu conjonctif avec le tissu épithélial hyperplasié. Que ce processus s'exagère et l'on aurait quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans le squirrhe.

La réaction conjonctive n'est pas limitée à la tumeur elle-même. On voit des foyers de cellules plasmatiques en d'autres points, près de la tumeur et dans des lacunes du tissu conjonctif. Ils ne sont d'ailleurs pas très nombreux.

Le tissu conjonctif joue un rôle important dans l'architecture de la tumeur, nous avons décrit sur les côtés de celle-ci une sorte d'enceinte concentrique à elle-même. On peut la suivre en haut et en bas, on peut regarder les travées conjonctives qui traversent la tumeur comme ses prolongements. En haut la néoplasie est séparée de la couche basale de Malpighi

par une bande de tissu lâche, fibrillaire, clair, avec des cellules fusiformes ou arrondies ; ce tissu parcouru par des capillaires envoie des prolongements dans la profondeur. Ces travées, remarquables par leur teinte claire vont à l'encontre les unes des autres et limitent une série de cloisons qui forment de véritables loges avec amas épithéliaux ; le feutrage plus ou moins serré qu'elles forment, se règle d'après les dimensions mêmes de ces amas. C'est ainsi qu'il est plus épais, plus dense à la partie inférieure de la tumeur, plus lâche au contraire à sa partie supérieure. En bas le tissu conjonctif l'emporte sur le tissu épithélial. En haut celui-ci est bien plus abondant, les travées ne sont donc pas régulières. De plus elles forment comme des éperons qui entrent dans les amas néoplasiques.

En un mot elles rappellent la charpente d'une glande acineuse. Cette charpente est bien mise en évidence par suite des altérations de la coupe. En effet quelques-unes des loges formées sont vides de leur contenu. On a alors ce que le professeur Ranvier obtenait d'un ganglion dont il chassait les leucocytes avec un pinceau. Il mettait ainsi en évidence le cloisonnement du ganglion. His, rendait manifeste la charpente alvéolaire du carcinome de la même façon.

Dans le cas qui nous occupe, les altérations déterminées sur la pièce par les préparations qu'elle a subies, ou bien par le rasoir nous ont rendu le même service. Nous pouvons donc dire maintenant que la charpente de notre tumeur est alvéolaire.

C'est dans les travées conjonctives que se trouvent les vaisseaux de la tumeur.

Il importe de rappeler ici que le professeur Ranvier, se basant sur les résultats obtenus avec des injections au bleu de

Prusse, soutient que les alvéoles du cancer sont en pleine communication avec les vaisseaux lymphatiques.

Les alvéoles du carcinome sont remplis de cellules que nous allons maintenant décrire. Il nous faut noter les alvéoles du plan profond, et ceux du plan superficiel.

Ceux-ci sont plus volumineux, l'aspect semble être sur une coupe celui que donneraient des tubes glandulaires sectionnés transversalement. Nous voyons en effet l'alvéole rempli de cellules irrégulières. Les unes cylindriques, les autres polygonales présentant un protoplasma dégénéré vacuolaire, avec un noyau bien coloré présentant souvent des signes caryocinétiques ; tandis que par places ces cellules semblent se disposer en cercles à peu près concentriques limitant une sorte d'orifice central où se trouve un produit d'excrétion rétracté, légèrement coloré en rose par l'éosine, et qui n'a pas noirci dans la pièce traitée à l'acide osmique.

Dans les parties profondes, au contraire, les cellules qui ont fusé irrégulièrement présentent à peu près les mêmes caractères au point de vue morphologique, tantôt arrondies, tantôt polyédriques avec un protoplasma coloré en rose. Telles sont les caractères des cellules périphériques. Les cellules centrales sont dégénérées et présentent de nombreuses vacuoles.

Il semble donc que dans la partie superficielle la tumeur épithéliale prolifère abondamment, mais tend à reprendre son caractère originel de boyaux glandulaires, tandis qu'au contraire profondément la prolifération active ne lui laisse pas prendre ce caractère et revêt l'aspect métatypique.

En un point de notre coupe, en plein milieu du tissu néoplasique, la section bien dirigée du rasoir, permet de reconnaître un canal glandulaire très net. Il est ainsi formé : une

couche condensée de tissu conjonctif à la périphérie ; sur cette sorte de membrane basale, mais séparée d'elle par suite de la rétraction due aux réactifs durcissants, se trouve une série de cellules cylindriques à noyaux périphériques à protoplasma plus foncé à la base, plus clair à la partie centrale, légèrement granuleux dans cette dernière portion et circonscrivant par leur réunion un orifice central rempli lui aussi d'une substance coagulée par l'alcool, légèrement colorée en rose par l'éosine. En d'autres points de la préparation se trouvent ces canaux excréteurs de glande sudoripare, dont les caractères spéciaux nous permettent d'affirmer qu'il ne s'agit pas dans la description que nous venons de faire d'un canalicule du même genre.

En résumé nous voyons que notre tumeur comprend :

D'une part des boyaux épithéliaux volumineux par place, s'infiltrant en d'autres.

D'autre part des alvéoles qui les circonscrivent, formés par du tissu conjonctif jeune, proliférant légèrement pour son compte.

Réalisant ainsi le type des tumeurs épithéliales, circonscrites dans des loges conjonctives que l'on a désignées sous le nom de carcinome.

A côté de la tumeur et en dehors d'elle, nous avons constaté l'existence d'un amas cellulaire bien spécial. Les premières coupes n'ont pas intéressé le carcinome, et nous voyons sur l'une d'elles un groupe de cellules plasmatiques et de cellules épithélioïdes. Dans cet amas, il est facile de distinguer plusieurs cellules géantes.

Cet amas est ovulaire, il mesure à peu près un quart de millimètre de large. Il est situé dans le derme à la hauteur

des follicules pilo sébacés. Les cellules géantes que l'on y observe ont des formes assez régulières. Elles sont ovalaires ; leur protoplasma a assez bien pris l'éosine ; les noyaux sont fortement colorés par l'hématoxyline ; ordinairement, ils sont situés à l'un des pôles de la cellule géante. Dans quelques-unes cependant ils sont placés sur la périphérie, mais on ne les voit pas constituer une couronne marginale comme dans la cellule géante tuberculeuse. D'ailleurs, si dans la même coupe on peut voir encore quelques plasmomes, on ne voit plus ces amas avec cellules géantes dans les autres coupes.

Il ne semble pas que ces éléments cellulaires soient dus à la présence de bacilles.

Depuis longtemps d'ailleurs la notion que toute cellule géante est d'essence tuberculeuse est complètement abandonnée. Après les travaux de Langhans, de Schüppel et de Koster sur les cellules géantes, on voit apparaître une série de publications qui établissent l'existence de cellules analogues dans les produits pathologiques les plus divers (Stendener, Jacobson, Baumgarten, Unna, Rindfleisch.)

Puis de nombreux expérimentateurs produisirent des cellules géantes à volonté en introduisant des corps étrangers de toute sorte dans les séreuses ou sous la peau d'animaux vivants. Ziegler introduisait des lamelles de verre recouvertes d'un fin couvre-objet sous la peau ou dans les grandes cavités séreuses du chien. Weiss de Padoue introduisait sous la peau du chien ou du pigeon des cheveux ou des fils de coton. Aufrecht faisant l'étude des billes d'ivoire ayant servi au traitement des pseudarthroses admet comme les auteurs précédents que les cellules géantes sont dues au fusionnement des cellules conjonctives. Jacobson trouve des cellules géantes dans les granu-

lations des plaies de bonne nature. Hippolyte Martin employant l'huile de croton, la poudre de cantharide, le poivre de Cayenne, la poudre de lycopode, détermine chez le lapin des pseudo-tubercules pulmonaires avec cellules géantes. Lanlanié constate dans les altérations produites dans le poumon du chien par les œufs du strongylus vasorum de nombreuses granulations ayant à leur centre une cellule géante creusée d'une cavité renfermant un œuf ou un embryon Vermorel constate de nombreuses cellules géantes autour des corpuscules de spongine, après introduction d'éponges dans la cavité pleurale du chien. Cet auteur en a également rencontré autour des fibrilles du fer ayant servi à une ligature.

Dans le cas qui nous occupe, il ne semble pas qu'il s'agisse de tuberculose ; il semblerait plus probable qu'au moment de l'opération subie par la malade, il y ait eu introduction dans le derme d'un corps étranger, peut-être ce nodule inflammatoire a-t-il été produit par la présence d'un fil. En tous cas il n'est qu'un épisode dans l'histoire de la tumeur que nous avons décrite :



Détermination histologique

Cette tumeur est un carcinome. Pour en faire la détermination histologique, nous devons répondre à trois questions :

Tout d'abord quelle est sa forme histologique?

1° *Forme histologique de la tumeur.*

Elle est caractérisée par une stroma conjonctif parcouru par des vaisseaux et limitant des alvéoles qui renferment des cellules.

Dans son acception purement descriptive c'est un carcinome. Il n'est pas comparable au carcinome réticulé de Chambard. On ne saurait voir en lui un nœvo-carcinome. En outre, d'après les caractères histologiques des coupes, nous pouvons écarter l'hypothèse d'épithélioma sudoripare ou sébacé. Rien n'est en faveur d'un épithélioma malpighien. Et le contenu des alvéoles permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un lymphadénome.

2° *Origine de la tumeur.*

Quelle est l'origine de ce carcinome?

Nous n'avons pu la trouver dans l'épiderme. Et puisqu'on considère le carcinome (Thiersch, Waldeyer) comme une tumeur épithéliale, il n'est pas né aux dépens des éléments conjonctifs du derme. Sa nature étant glandulaire, il importe de rechercher si la malade ne présentait pas quelque tumeur des glandes. Or, elle a été opérée il y a deux ans et demi d'une tumeur, qui autant qu'on peut en juger d'après les renseignements qu'elle nous donne, avait un siège relativement profond dans la gouttière parotidienne. Il semble que nous soyons autorisés à penser à un épithélioma primitif de la parotide. On décrit au niveau de la parotide :

L'épithélioma tubulé ;

L'épithélioma pavimenteux ;

Le carcinome en céphaloïde ;

Et le squirrhe.

L'épithélioma tubulé décrit par O. Weber et Billroth sous le nom de carcinome glandulaire est constitué par des cylindres épithéliaux anastomosés au milieu d'un stroma fibreux, par places embryonnaire.

L'épithélioma pavimenteux a les caractères habituels de cet épithélioma. Simon Duplay pense que ces deux formes d'épithélioma peuvent avoir leur origine dans les glandes sudoripares de la région.

Inversement il n'est pas impossible que l'épithélioma primitif de la parotide infecte secondairement les glandes sudoripares de la région.

C'est peut-être par un semblable processus que s'est produite chez notre malade l'infection cancéreuse.

Le squirre, l'encéphaloïde ont l'aspect habituel du carcinome.

3^e Marche de la tumeur.

Quelle est la marche de cette tumeur?

Snow a signalé l'immigration extrêmement abondante de leucocytes autour des tumeurs; cette leucocytose facilite l'infiltration du cancer en amenant la désintégration des tissus fibreux qui forment une barrière au néoplasme.

Dans le cas qui nous occupe la propagation se fait essentiellement par voie lymphatique. L'envahissement des lymphatiques et des ganglions est un fait fatal pour ainsi dire dans le carcinome. D'après Cornil et Ranvier, les alvéoles du carcinome sont en pleine connexion avec les vaisseaux lymphatiques. D'après Bard les cellules cancéreuses seraient faiblement cohérentes. Ce processus a été étudié par Hoggan de Londres, et Troisier.

D'après G. et E. Hoggan, à une certaine distance de la tumeur, les lymphatiques, remplis d'un tampon cancéreux ne sont pas affaissés; leurs parois dans la peau ne comprennent ni muscles lisses ni cellules étoilées.

lées ; au début elles gardent leur aspect normal ; les cellules fixes ou migratrices qui avoisinent la tumeur perdent leur aspect brillant ; elles semblent mortes et perdent leur mobilité. Elles ne jouent aucun rôle dans la propagation à distance de l'infection.

Au contraire les lymphatiques subissent des modifications nombreuses. Au contact du tampon cancéreux, les cellules endothéliales de la paroi se vitrifient, se laissent crever ou deviennent elles-mêmes cancéreuses ; les ganglions sont obturés, les cellules lymphatiques qui vont vers lui ne peuvent plus le traverser, le tampon cancéreux s'étend entre la tumeur et le ganglion et va même en deçà de la tumeur. Il faut en outre remarquer que, le plus souvent, les infections secondaires ne forment pas une masse continue le long des lymphatiques. C'est, d'après Hoggan, parce que les lymphatiques croisent les vaisseaux sanguins d'une façon irrégulière. Or les cellules migratrices se trouvent surtout sur ces vaisseaux : c'est donc au point de croisement que s'infecteront ces cellules si les parois endothéliales sont elles-mêmes malades. Il se créera là un nouveau foyer d'irritation qui appellera d'autres cellules aux dépens desquelles s'étendra la tumeur. Le tampon cancéreux en s'allongeant au delà de celle ci donnera naissance à de nouveaux foyers. D'ailleurs, les éléments cellulaires voisins seront à leur tour envahis.

Il peut aussi se faire de véritables embolies cancéreuses lymphatiques qui viendront coloniser à une distance plus ou moins grande de la tumeur.

C'est par ce double processus qu'est né le carcinome de la peau qui a fait l'objet de cette étude. C'est ainsi que s'explique l'apparition de ces tumeurs multiples qui croissent de nombre avec le temps, et qui avaient un aspect tel qu'il a été nécessaire de pratiquer une biopsie pour en déterminer la nature.



TRAITEMENT

La récurrence, l'apparition multiple des noyaux néoplasiques indiquant une infection vasculaire étendue ont contre-indiqué l'opération.

Le cancer, dont on ignore encore l'agent causal, se comporte comme une maladie infectieuse. Cela est prouvé : 1° par les généralisations parfois très rapides (carcinose aiguë) ; 2° les métastases ou embolies cancéreuses ; 3° par la fièvre cancéreuse due aux toxines ; 4° par l'engorgement ganglionnaire rapide et constant.

La sérothérapie anti-cancéreuse n'a donné que des améliorations passagères et dont le mécanisme n'est pas bien fixé.

L'opération sanglante ouvre les voies lymphatiques et souvent, donne comme un regain de vitalité au processus morbide. Pour M. Paul Coudray, il faudrait au contraire fermer les lymphatiques. C'est pourquoi, suivant cet auteur, la méthode sclérogène devrait être appliquée plus souvent ; il est possible que certaines

tumeurs cancéreuses soient arrêtées pour un temps même long par la méthode sclérogène.

On a cherché à amoindrir la vitalité du néoplasme. Contre le cancer cutané, plus accessible que les autres on a tenté l'action nécrosante ou parasiticide du chlorure de zinc, du tanin, de l'acide chromique, de la résorcine (Unna), du violet de méthyle (Stilling, Darier).

M. Fabre Doumergue, marchant de pair avec la théorie de la désorientation cellulaire a proposé l'électricité pour redresser l'orientation de la cytodière.

Mais en somme, la médication reste surtout palliative. On s'adressera aux troubles fonctionnels, à la douleur, aux hémorrhagies, en un mot thérapeutique de symptômes.

CONCLUSIONS

1. — La peau comprend : *a*) une couche profonde, derme ou chorion, analogue au tissu conjonctif lâche et logeant dans son épaisseur les papilles, les follicules pileux, les glandes sébacées et les glandes sudoripares ; *b*) une couche superficielle, épiderme, type d'épithélium pavimenteux stratifié, dont les deux étages les plus importants sont la couche basilaire ou génératrice et le corps muqueux de Malpighi.

Pas de vaisseaux, ni sanguins ni lymphatiques dans l'épiderme. Au contraire, dans le derme, riches réseaux au voisinage des glandes et à la base des papilles.

2. — Il semble rationnel de classifier les tumeurs cutanées d'après le siège anatomique initial ou principal du processus morbide qui caractérise la lésion. Mais dans beaucoup d'affections cutanées, on ne peut dire où la lésion primitive se trouvait exactement localisée, le processus morbide s'étendant à plusieurs

couches et pouvant même embrasser le tégument dans toute son épaisseur.

3. — Les tumeurs épithéliales de la peau comprennent: *a*) les adénomes, adénomes des glandes sébacées, adénomes des glandes sudoripares; *b*) les épithéliomes séparables en deux espèces: les épithéliomes pavimenteux lobulés et tubulés. D'après leur point de départ, les épithéliomes sont divisibles en épithéliomes malpighiens, sudoripares, sébacés; *c*) enfin, les carcinomes constituent le troisième type des tumeurs épithéliales cutanées. On distingue dans cette classe les épithéliomes glandulaires, les nœvo-carcinomes, les carcinomes dus à une infection sanguine et ceux dus à une infection lymphatique.

4. — La véritable nature des tumeurs cutanées que présentait la malade dont l'observation est relatée plus haut, n'a pu être déterminée cliniquement; il a fallu l'aide du microscope.

L'examen histologique a fait conclure à un carcinome.

5. — Quelle est l'origine de ce carcinome? Il semble que nous soyons autorisé à le considérer comme secondaire à un épithélioma de la parotide, la malade ayant été opérée, il y a deux ans et demi, d'une tumeur, laquelle, autant qu'on peut en juger d'après les renseignements fournis, avait un siège relativement profond dans la gouttière parotidienne.

6. — Comment cette tumeur cutanée est-elle née ? Quelle a été sa marche ? Si l'on admet l'épithélioma primitif de la parotide, l'infection s'est faite par voie lymphatique, soit que la paroi endothéliale se soit infectée de proche en proche, soit que des embolies cancéreuses lymphatiques soient venues coloniser à une distance plus ou moins grande de la tumeur primaire.

7. — Dans l'espèce, étant données la récurrence et la présence de noyaux néoplasiques multiples, on doit repousser toute opération, l'intervention sanglante ouvrant la voie aux lymphatiques ; on cherchera plutôt à les fermer en employant la méthode sclérogène. Contre les troubles fonctionnels, la douleur, les hémorrhagies, on pratiquera une médication purement palliative.

Vu : par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : par le Président,
FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Testut.* — Traité d'anatomie.
- Mathias Duval.* — Précis d'histologie.
- Cornil et Ranvier.* — Histologie pathologique, 1881-1901.
- Ranvier.* — Sur la structure des glandes sudoripares. C. R. Académie des Sciences, 1869, 1882, 1895.
- Renaut.* — Traité d'histologie pratique.
- Renaut.* — Dispositif anatomique de l'excrétion des glandes sudoripares. Ann de dermatologie, 1894.
- Darier.* — Contribution à l'étude de l'épithéliome des glandes sudoripares. Archives de médecine expérimentale, 1889.
- Balzer et Ménétrier.* — Archives de physiol., 1885.
- Traité de chirurgie.* — Duplay et Reclus, Le Dentu et Delbet.
- Jacquet et Darier.* — Annales de dermat., 1887.
- Verneuil.* — Etudes sur les tumeurs de la peau. De quelques maladies des glandes sudoripares. Arch. méd., 1854.
- Dubreuilh.* — Journal de médecine de Bordeaux, 1888-89.
- Précis de dermatologie.

Chambard. — Archives de physiologie normale et pathologique, 1879.

Bæck. — Congrès de dermatologie 1900. Rapport sur les tuberculides.

Tenneson. — Traité clinique de dermatologie.

Vermorel. — Recherches anatomiques et expérimentales sur l'inflammation pleurale. (Thèse Paris, 1898, Steinhil.)

Hoggan. — Etude sur le rôle des lymphatiques de la peau dans l'infiltration cancéreuse. Archives de physiol., 1880.

Coudray. — Rapport à la Société de médecine de Paris. Presse médicale, 5 juin 1901. (Du cancer, maladie infectieuse, rôle des ganglions lymphatiques.)

